

PREFEITURA DE CIDADE OCIDENTAL

JUNTA MÉDICA OFICIAL

EXAME ADMISSSIONAL

## **Termo de Responsabilidade**

(Deverá ser preenchido pelo candidato com letra de forma legível)

Eu, \_\_\_\_\_ [nome completo do candidato]

CPF n.º \_\_\_\_\_ RG n.º \_\_\_\_\_.

Candidato (a) a ingresso no Serviço Público Municipal, declaro que todas as informações por mim preenchidas no questionário de Exame Médico Admissional, são verdadeiras, corretas e completas.

Declarando ter conhecimento que qualquer fato ou omissão cometido no preenchimento das respostas dos quesitos, poderá me imputar sanções legais ou penalidades jurídicas, já que fazem parte do conjunto de elementos que compõem a avaliação de meu estado de saúde.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do Candidato

## QUESTIONÁRIO – EXAME ADMISSIONAL CONFIDENCIAL

<b>Nome do Candidato:</b> _____	
CPF: _____	RG: _____

<b>Cargo para o qual se candidata:</b> _____
Provimento do Cargo: _____

Data de Nascimento:    /    /	Sexo: F ( ) M ( )	Estado Civil:
-------------------------------	-------------------	---------------

Assinale as respostas às perguntas que aqui estão formuladas. Se tiver dúvidas sobre alguma indagação, deixe a resposta em branco e pergunte ao médico por ocasião do seu exame de saúde.

<b>Perguntas:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não Sei</b>
01- Usa óculos por indicação médica?	( )	( )	( )
02- Tem dificuldade para enxergar?	( )	( )	( )
03- Teve alguma inflamação ou doença em seus olhos?	( )	( )	( )
04- Teve sua audição diminuída em um dos ouvidos?	( )	( )	( )
05- Teve alguma doença nos ouvidos?	( )	( )	( )
06- Tem sérias e freqüentes dores de cabeça?	( )	( )	( )
07- Tem se sentido muito nervoso(a)?	( )	( )	( )
08- Tem dormido mal?	( )	( )	( )
09- Tem alguma alergia?	( )	( )	( )
10- Sua pele tem alguma anormalidade?	( )	( )	( )
11- Sua pele tem alguma doença crônica?	( )	( )	( )
12- Tossiu ou cuspiu sangue?	( )	( )	( )
13- Teve alguma doença pulmonar?	( )	( )	( )
14- Sente falta de ar?	( )	( )	( )
15- Tem pressão alta?	( )	( )	( )
16- Seu coração, às vezes, bate mais rápido ou teve alguma doença do coração?	( )	( )	( )
17- Tem problemas intestinais ou estomacais?	( )	( )	( )
18- Eliminou sangue nas suas fezes?	( )	( )	( )
19- Sua pele já ficou totalmente amarelada (icterícia)?	( )	( )	( )
20- Tem habitualmente dores nas juntas?	( )	( )	( )
21- As suas juntas habitualmente incham?	( )	( )	( )
22- Tem tido inchação (edema) nas pernas?	( )	( )	( )
23- Tem dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?	( )	( )	( )
24- Teve alguma parte do corpo paralisada?	( )	( )	( )
25- Ficou alguma vez “sem sentido” (desmaiou)?	( )	( )	( )
26- Teve convulsões?	( )	( )	( )
27- Perdeu alguma vez sangue ou albumina pela urina?	( )	( )	( )
28- Teve algum problema de rins ou bexiga?	( )	( )	( )
29- Teve doenças sexualmente transmissíveis?	( )	( )	( )
30- Alguém da família é diabético?	( )	( )	( )
31- Foi tratado(a) de algum tumor?	( )	( )	( )

**Rubrica:**

OBSERVAÇÕES:
--------------

PREFEITURA DE CIDADE OCIDENTAL

JUNTA MÉDICA OFICIAL

EXAME ADMISSSIONAL

**QUESTIONÁRIO – EXAME ADMISSSIONAL CONFIDENCIAL**

<b>Perguntas:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não Sei</b>				
32- Foi operado(a)?	( )	( )	( )				
Se sim descreva a cirurgia:							
33- Teve alguma ferida séria?	( )	( )	( )				
34- Sofreu algum acidente?	( )	( )	( )				
35- Carteira de vacinação completa?	( )	( )	( )				
36- Fuma?	( )	( )	( )				
37- Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas?	( )	( )	( )				
38- Usa habitualmente bebida alcoólica?	( )	( )	( )				
39- Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica?	( )	( )	( )				
40- Tem intranqüilidade no lar?	( )	( )	( )				
41- Tem faltado ao trabalho anterior por doença?	( )	( )	( )				
42- Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?	( )	( )	( )				
43- Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente? Relacionar no quesito 46.	( )	( )	( )				
44- Na sua família algum membro faz tratamento psiquiátrico/psicológico?	( )	( )	( )				
45- Caso afirmativo, houve necessidade de internação?	( )	( )	( )				
46- Tem feito uso habitual de algum medicamento?	( )	( )	( )				
Se sim qual:							
47- No momento está fazendo algum tratamento médico?	( )	( )	( )				
Se sim, especificar:							
<b>Você é portador de alguma das doenças abaixo:</b>							
48- Cardíaca?	( )	( )	( )				
49- Asma?	( )	( )	( )				
50- Tuberculose?	( )	( )	( )				
51- Bronquite?	( )	( )	( )				
52- Doença do aparelho gastrointestinal?	( )	( )	( )				
53- Doença do fígado ou hepatite?	( )	( )	( )				
54- Hérnia?	( )	( )	( )				
55- Doença do pâncreas?	( )	( )	( )				
56- Diabetes?	( )	( )	( )				
57- Doença neoplásica?	( )	( )	( )				
58- Doença dos Rins?	( )	( )	( )				
59- Reumatismo?	( )	( )	( )				
<b>Você sente:</b>							
60- Dores nas costas?	( )	( )	( )				
61- Dores nos ombros, braços ou mãos?	( )	( )	( )				
62- Dores nas pernas ou nos pés?	( )	( )	( )				
<b>Antecedentes Familiares – Seus familiares diretos têm ou tiveram alguma das doenças abaixo:</b>							
Doença	Sim	Não	Parentesco	Doença	Sim	Não	Parentesco
63- Diabetes				64- Cardiopatia			
65- Hipertensão				66- Neoplasia			
67- Distúrbio mental				68- Surdez			
69- Alcoolismo				70- Tuberculose			
71- Asma				72- Alergia			
<b><u>Rubrica:</u></b>							

## INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDAS PELO MÉDICO EXAMINADOR

Anamnese:		
Exame Físico:		
	Peso:	Altura:
Aparelho Áudio Visual:		
Cabeça e Pescoço:		
Aparelho Cardiorrespiratório:		
	P.A.:	Pulso:
Abdômen:		
Coluna Vertebral:		
Membros Superiores:		
Membros Inferiores:		
Obs.:		
Data ____ / ____ / ____		
_____		
Carimbo e Assinatura do Médico		